

# In de beperking toont zich de meester - gezondheidsrecht tussen geneeskunde en recht

Citation for published version (APA):

Roscam Abbing, H. D. C. (1983). *In de beperking toont zich de meester - gezondheidsrecht tussen geneeskunde en recht*. Samsom. <https://doi.org/10.26481/spe.19831007hra>

## Document status and date:

Published: 07/10/1983

## DOI:

[10.26481/spe.19831007hra](https://doi.org/10.26481/spe.19831007hra)

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 06 May. 2023

In de beperking toont zich de meester



# IN DE BEPERKING TOONT ZICH DE MEESTER

Gezondheidsrecht  
tussen geneeskunde en recht

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van  
buitengewoon hoogleraar in het gezondheidsrecht  
aan de Rijksuniversiteit Limburg  
op vrijdag 7 oktober 1983

door

mr. dr. H.D.C. Roscam Abbing

ISBN 90 14 03357 5

Copyright © H.D.C. Roscam Abbing, Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze dan ook zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van Samsom Uitgeverij b.v. gevestigd te Alphen aan den Rijn, die daartoe door de auteurs-rechthebbende met uitsluiting van ieder ander is gerechtigd.

*Justitia est constans et perpetua voluntas ius suum cuique tribuere*  
(Ulpianus)

*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*  
(World Health Organization)



## Inleiding

Begin dit jaar, op 17 februari 1983, is de gewijzigde grondwet in werking getreden. De klassieke grondrechten hebben uitbreiding ondergaan, onder andere met het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het recht op lichamelijke integriteit (artikelen 10 en 11)\*. Beide rechten spelen een belangrijke rol in de gezondheidszorg en, een onderdeel daarvan, de geneeskunde. Het reeds geruime tijd door juristen (waaronder met name Leenen<sup>1</sup>) als een van de belangrijkste uitgangspunten in de gezondheidszorg gehanteerde beginsel dat de mens zelf beslist over datgene wat gebeurt met zijn lichaam of geest en dat derhalve alleen hij, en niet zijn arts, beslist over het al dan niet ondergaan van een medische behandeling of ingreep, is hiermede als een – overigens reeds geruime tijd door de Nederlandse regering in internationaal verband erkend – grondwettelijk recht in ons staatsbestel vastgelegd.

Nauw in relatie tot het zelfbeschikkingsrecht in de gezondheidszorg staat het eveneens bij de recente grondwetswijziging in ons staatsdocument van de hoogste orde verankerde recht op gezondheidszorg (artikel 22)\*\*, een sociaal grondrecht, dat evenzeer door de Nederlandse regering eerder in internationaal verband werd onderschreven.

## Grenzen gezondheidszorg

De gezondheidszorg ontleent zijn legitimatie aan beide soorten van rechten en vindt in beide zijn begrenzing. De grenzen aan het recht op gezondheidszorg worden gesteld door zowel de medische en technische alsook door de financieel-economische mogelijkheden.

### \* Artikel 10

1. Ieder heeft, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op eerbiediging van zijn persoonlijke levenssfeer.
2. De wet stelt regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer in verband met het vastleggen en verstrekken van persoonsgegevens.
3. De wet stelt regels inzake de aanspraken van personen op kennisneming van over hen vastgelegde gegevens en van het gebruik dat daarvan wordt gemaakt, alsmede op verbetering van zodanige gegevens.

### Artikel 11

Ieder heeft, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op onaantastbaarheid van zijn lichaam.

### \*\* Artikel 22

1. De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.



Ten aanzien van grenzen van de gezondheidszorg kan een onderscheid worden gemaakt tussen extern bepaalde en intern bepaalde grenzen. Onder interne grenzen worden in dit verband verstaan grenzen, die af te leiden zijn uit de aard en het doel van de gezondheidszorg zelf. Bij externe grenzen zijn vragen aan de orde met betrekking tot externe besturing, van buiten af werkende factoren e.d.<sup>2</sup> Beide aspecten van begrenzing van het recht op gezondheidszorg zullen aan de orde komen, waarbij de aandacht met name gericht zal zijn op één van de belangrijkste onderdelen van de gezondheidszorg, de geneeskunde.

De mate waarin en de wijze waarop de overheid in het kader van onze huidige samenleving de gezondheidszorg bevordert hangt af van de beschikbare middelen en de door regering en parlement binnen de bestaande ruimte te stellen prioriteiten.

Deze externe bepaling van de grenzen van de gezondheidszorg in ruime zin, bepaalt tevens de ruimte voor het handelen van artsen en juristen in de gezondheidszorg, uiteraard vanuit de benaderingswijze welke specifiek is voor de respectievelijke vakgebieden. De medische professie stelt de medische wetenschap en zorgverlening ten dienste van de mens en draagt in die zin bij aan de realisering van het recht op gezondheidszorg. Het medisch handelen is hierbij niet beperkt tot de enkele arts-patiënt relatie (het zgn. medisch model, cf. de leer van Aesculapius) maar omvat tevens de sociale dimensie (het zgn. sociale model, cf. de leer van Hygeia). De juridische professie draagt bij tot realisering van het recht op gezondheidszorg door onder meer het formuleren van juridische randvoorwaarden ten aanzien van het zorgverleningssysteem en het formuleren van regels ten behoeve van gebruikers van gezondheidszorgvoorzieningen en van hulpverleners in de gezondheidszorg.

De arts is bij zijn medisch handelen enerzijds gebonden aan de medisch-professionele standaard, anderzijds aan het zelfbeschikkingsrecht van de mens tot uitdrukking komend (in normale omstandigheden) in de wilsverklaring van de patiënt. In de individuele arts-patiënt relatie betekent dit laatste dat de arts daar terugtreedt waar de patiënt dit verlangt.

Artsen oefenen hun beroep uit bij de gratie van het recht op zelfbeschikking, als hoeder waarvan onder andere de jurist optreedt. Gezondheidsjuristen oefenen hun vak uit bij de gratie van de geneeskunde, als hoeder waarvan de arts optreedt.

Beiden, arts en jurist, spelen een nauw verweven rol in het nastreven van de verwezenlijking van het recht op gezondheidszorg en het zelfbeschikkingsrecht van de mens. Zoals reeds is aangegeven vervullen beiden een belangrijke maatschappelijke functie ten opzichte van de gezondheid van de mens en hebben beiden een belangrijke taak en functie ten aanzien van de rechten en plichten van de patiënt.

Voor beiden geldt dat zij niet eenzijdig kunnen functioneren in de gezondheidszorg. Voor beiden geldt het spreekwoord 'In de beperking toont zich de meester'.

## **Beperkingen handelen arts**

Hoewel het streven in de geneeskunst als zodanig onbegrensd is, worden de mogelijkheden van geneeskundig handelen beperkt door de grenzen van het medisch kunnen.<sup>3</sup> Dit medisch kunnen ontwikkelt en perfectioneert zich nog steeds. Nog andere grenzen worden aan de geneeskunde gesteld. Grenzen, zoals gezegd, door de beperking van het recht op gezondheidszorg en het zelfbeschikkingsrecht van de mens. Aan de andere kant mag de arts zijn grenzen niet te nauw trekken. Hij zal zich in zijn handelen niet enkel kunnen laten leiden door het zgn. medisch model; hij kan de mens niet enkel benaderen vanuit een biomedische, objectiverende invalshoek.<sup>4</sup> De mens is niet enkel object van medisch handelen, maar dient tevens als persoon te worden benaderd, als drager van normen en waarden. Grenzen worden dus niet alleen gelegd door de medische mogelijkheden, maar ook door de maatschappelijke factoren, de ethische opvattingen met betrekking tot medisch handelen en door de individuele wilsbepaling van de mens. Indien de arts enkel zou handelen conform de medische regels, dat wil zeggen conform de medische wetenschap en ervaring, dan zou hij zijn macht stellen tegenover de onmacht van de patiënt.

## **Beperkingen handelen jurist**

Er bestaan evenzeer grenzen aan het handelen van de jurist. Zo dient de jurist er voor te waken terecht te komen in de valkuil, welke dreigt indien wordt toegegeven aan de neiging het recht te hanteren als een enkel juridisch instrumentarium. Hij hanteert het recht dan niet meer zozeer ter oplossing van problemen, maar gebruikt veeleer het juridisch instrumentarium ter verkrijging van volmaakte rechtszekerheid.<sup>5</sup> Van een overmaat van regelgeving en procedures kan een verlammeende werking uitgaan: in plaats van een synthese ontstaat een antithese. Het formuleren van wetten, het stellen van regels en het ontwerpen van procedures mag geen doel op zich zijn. Het juridisch instrumentarium dient enkel gehanteerd te worden, indien er geen andere geëigende middelen zijn het beoogde doel te bereiken. Hierbij zal de jurist tevens oog dienen te hebben voor de wisselwerking tussen en de wederzijdse beïnvloeding van diverse facetten van de gezondheidszorg. Zo maken de plaats die de gezondheidszorg inneemt in de samenleving, de organisatie van de gezondheidszorg als systeem en van de hulpverlening in de gezondheidszorg, de positie van de individu daarbinnen en de ontwikkelingen in de geneeskunde, het gezondheidszorgstelsel tot een uiterst gevarieerd complex geheel, dat de jurist in zijn overwegingen moet betrekken. De jurist die, zonder acht te slaan op de veelheid van relaties in en de mate van verwevenheid van de diverse onderdelen van de gezondheidszorg op micro-, meso- en macroniveau, zowel horizontaal als vertikaal, bepaalde vraagstukken in de gezondheidszorg eenzijdig benadert en benadrukt, kent zijn beperkingen niet.

## Evenwicht door weloverwogen regelgeving

De jurist heeft tot taak vanuit een evenwichtige, samenhangende benadering te ordenen, om conflicten te voorkomen en soms conflicten juridisch op te lossen. De jurist formuleert daarbij regels en procedures op grond van maatschappelijke verhoudingen en ontwikkelingen, waarbij onevenwichtige situaties in evenwicht worden gebracht. Een dergelijke onevenwichtigheid in regelgeving is bijvoorbeeld historisch gegroeid ten aanzien van de medische beroepsbeoefenaars, onder andere vanuit de wens van de medische professie zijn positie door regelgeving te verstevigen.\*

De jurist zal dan ook een adequaat antwoord dienen te geven op de de laatste tijd steeds meer geuite en zeer wel verklaarbare wens van de consument tot regelgeving van zijn rechtspositie om meer evenwicht te bereiken. Hier dient de jurist er echter op bedacht te zijn dat aan een te ver doorgevoerde regelgeving ten behoeve van de consument ook nadelige aspecten voor de patiënt verbonden kunnen zijn. De arts kan zich dan immers genoodzaakt voelen, als reactie hierop, zich te verweren en aan te dringen op nieuwe regelingen ter bescherming van het eigen medisch handelen of zelfs het feilen uit te sluiten, waar dit menselijkerwijs niet uit te sluiten valt.\*\*

Overaccentuering van de positie van de ene partij in de verhouding arts-patiënt leidt tot verstoring van de evenwichtssituatie, waarbij moet worden overwogen dat de patiënt de zwakste partij is.

Voorop dient te staan dat de jurist niet dient toe te geven aan de neiging de arts-patiënt relatie te willen vatten in een veelheid van soms verstarrende en daardoor die relatie verstorende regels.

Dit is geen pleidooi voor deregulering in de gezondheidszorg. Het is wel een pleidooi voor weloverwogen regelgeving. Waar wettelijke regels de noodzakelijke rechtsbescherming in de gezondheidszorg moeten bieden, waar in dat opzicht van lacunes sprake is, is regelgeving geboden.<sup>9</sup> Zo is er bijvoorbeeld een lacune op het terrein van medische experimenten. Ook bij toekomstige nieuwe ontwikkelingen, zoals ten aanzien van recombinant-DNA, kan een extra bescherming van de rechten van de mens in de gezondheidszorg nodig worden.<sup>10</sup>

Bestaande regelgeving in de gezondheidszorg dient kritisch doorgelicht te worden op doelmatigheid en doeltreffendheid: waar mogelijk dient vereenvoudiging van regels en procedures te worden nagestreefd.<sup>11</sup>

\* De geschiedenis van het ziekenfondsbestel is een goed voorbeeld van de aandrang van de – privaatrechtelijke – artsenuitvoering te komen tot een liefst zo gedetailleerd mogelijke publiekrechtelijke regelgeving.<sup>6</sup>

\*\* Zowel Leenen,<sup>7</sup> als v.d. Mijn<sup>8</sup> hebben gewezen op de noodzaak van terughoudendheid van de wetgever met betrekking tot medisch handelen. In essentie komt het er op neer, dat medisch handelen zich slechts marginaal leent voor wetgeving. Evenmin zal het formuleren van standaardregels te hanteren bij medisch handelen in concrete gevallen een oplossing kunnen bieden.

## Evenwicht door weloverwogen gebruik van rechtsspraak

Zowel artsen als patiënten vertonen nog weleens de neiging problemen die er bestaan eerder op te lossen met behulp van juridische instrumenten, dan via andere, meer geëigende wegen. Dit komt onder meer tot uitdrukking in een in mijn ogen onrustbarende toename van juridische procedures.

Een soms niet onbelangrijke vertraging in te behandelen rechtszaken op het terrein van de gezondheidszorg is hiervan het gevolg. Het is duidelijk dat hieraan grote nadelen verbonden zijn, zoals het voortbestaan van conflicten en onzekerheid.

Oneigenlijk gebruik van het juridisch instrumentarium kan er zelfs toe leiden dat nieuwe problemen ontstaan of conflicten verergeren. Zo heeft in de Verenigde Staten zich de voor de hand liggende ontwikkeling van het ontstaan van een schade-actie door hulpverleners voorgedaan, bijvoorbeeld ingeval een patiënt de hulpverlener ten onrechte heeft aangeklaagd. Ook hier wordt de antithese in de hand gewerkt. Rechtspraak moet ten dienste staan van handhaving en bevordering van rechtsbeginselen als geen andere middelen beschikbaar zijn. Belangrijker is, dat deze rechtsbeginselen, met name ook door hulpverleners, in hun dagelijks werk worden verwezenlijkt.

## Het duo arts-jurist

Het recht dient er voorts toe de arts in twijfelsituaties of in situaties waarbij de plichten dreigen te conflicteren, oplossingen aan te bieden. Zo zal het recht regelen in welke gevallen van gangbare normen mag worden afgeweken. Ook beschermt de jurist de arts wel tegen zichzelf: hij reikt normen en criteria aan zodat het handelen van de arts binnen de professionele standaard plaats vindt.

Als bijvoorbeeld de arts enkel acht dreigt te slaan op de medische aspecten, schiet de jurist te hulp door aandacht te vragen voor de rechten van de patiënt en de maatschappelijke functie van de geneeskunde. De jurist dient, om dit te kunnen doen, begrip te hebben voor het handelen en de beslissingen van de arts. Zonder kennis van de problemen waarmee de arts bij de uitoefening van zijn functie wordt geconfronteerd, zonder zich bewust te zijn van de onzekere factoren van de geneeskunde kan hij noch de arts, noch de patiënt van dienst zijn. De arts dient omgekeerd begrip te hebben voor de jurist, voor de taak van de jurist evenwichtige verhoudingen na te streven en de realisering van individuele en sociale grondrechten te waarborgen.

Erkelens<sup>12</sup> heeft in zijn begin dit jaar te Utrecht gehouden oratie aangedrongen op een op nadenken en kennis gebaseerde terughoudendheid van de arts ten aanzien van diagnostiek en therapie. Ik wil hier een extra dimensie aan toevoegen. Het past de medicus in zijn relatie tot de patiënt terughoudendheid te betrachten op basis van de rechten van de patiënt, als mens met eigen normen en waarden.

Het is aan de jurist de medicus begrip en inzicht bij te brengen omtrent de inhoud van de juridische aspecten van de gezondheidszorg en van de relatie arts-patiënt, zodat het handelen van de arts mede grondslag vindt in rechtsnormen. Het is evenzeer aan de jurist de patiënt de mogelijkheden en onmogelijkheden van het recht te laten zien. Ook de patiënt behoort het evenwicht tussen eigen belang, de positie van de arts en van de gemeenschap in het oog te houden. De patiënt dient voorts het bestaan van onzekerheden in de geneeskunde te erkennen.

## **Bevorderingsstaat**

Het handelen van artsen en juristen in de gezondheidszorg wordt tevens bepaald en beïnvloed door de rol die de staat daarbij vervult.

Na de liberale staatsopvatting waarin de grondwettelijke vrijheid van de burger voorop stond is in de 20e eeuw, met name na de tweede wereldoorlog, de 'verzorgingsstaat' ontwikkeld. In de 'verzorgingsstaat' is sprake van sterk toegenomen overheidsbemoeienis gericht op vergroting van welzijn en van het welvaartsniveau.<sup>13</sup> Thans bevinden wij ons naar mijn mening in het beginstadium van wat ik de 'bevorderingsstaat' zou willen noemen, waarin de overheid voor de toepassing van sociale grondrechten, op basis van op democratische wijze, in onderlinge afweging gemaakte keuzen en gestelde prioriteiten, binnen de daaraan van te voren expliciet gestelde grenzen, zorg draagt, zonder de uitvoering steeds zelf ter hand te nemen.

In de 'bevorderingsstaat' is sprake van vermindering van overheidsbemoeienis, van privatisering van datgene wat de overheid tijdens de 'verzorgingsstaat' heeft overgenomen aan eigen verantwoordelijkheid en aan mogelijkheid tot zelfregulering. De tijdens de 'verzorgingsstaat' toegenomen overheidsregulering en -toezicht worden dan verminderd ten gunste van bevordering van de zelfstandigheid, zowel in de individuele relaties als op institutioneel niveau.

In de 'bevorderingsstaat' zal de overheid zich meer beperken tot het scheppen van randvoorwaarden, tot het optreden in de voorwaardenscheppende sfeer ten aanzien van het verwezenlijken van sociale grondrechten. De afhankelijkheid van overheids-optreden als (uitvoerend) regelgever, welke de verzorgingsstaat met zich heeft gebracht, zal worden omgezet in een zekere verzelfstandiging van de samenleving. In de gezondheidszorg zal de verantwoordelijkheid van de overheid in het kader van de grondwettelijke taak de volksgezondheid te bevorderen, welke in de loop der tijd is vertaald in een de gezondheidszorg beheersende, zo niet overheersende beïnvloeding, tot uitdrukking komen in het scheppen van een dusdanig (wettelijk) kader, dat daarbinnen ruimte is voor zelfordening, zelfwerkzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. Op deze wijze zal het evenwicht tussen het ene uiterste, van het 'laissez-faire, laissez-aller' beginsel van de liberale rechtsstaat, en het andere uiterste, het overnemen door de overheid van eigen verantwoordelijkheid van de individu in het kader van de 'verzorgingsstaat', tot stand worden gebracht. Dat deze overgang van

'verzorgingsstaat' naar 'bevorderingsstaat' in gang is gezet, moge onder andere blijken uit het streven naar deregulering en privatisering, ook in de gezondheidszorg, alsmede uit de accentverlegging in de gezondheidszorg van grotendeels institutionele zorg- en hulpverlening naar onderlinge hulp- en dienstverlening. Ook het democratiseringsproces in de gezondheidszorg is hier een voorbeeld van. De overheid blijft verantwoordelijkheid dragen voor een kwalitatief verantwoorde, geografisch bereikbare en financieel toegankelijke gezondheidszorg binnen de daaraan extern te stellen grenzen. De overheid zal zich hierbij, voorzover de verhoudingen in de gezondheidszorg dit toelaten, beperken tot een stimulerende, bevorderende rol. Het veld van de gezondheidszorg zal hier op een adequate wijze op dienen in te spelen, wil deze uit een oogpunt van zelfbeschikkingsrecht van de mens gunstige ontwikkeling kunnen doorzetten. Het leggen van een groter accent op de onderlinge relaties en de eigen verantwoordelijkheid vereist tegelijkertijd meer zelfdiscipline en meer zelfbeperking zowel van de hulpverleners, als van de patiënt.

Wil de gezondheidszorg in een dergelijke staatsopvatting blijven functioneren op basis van algemene beginselen van rechtvaardigheid, rechtsgelijkheid en rechtsbescherming, waarbij algemeen juridische, ethische normen en maatstaven in acht worden genomen, dan is het meer dan ooit noodzakelijk dat de medische en juridische professie in goede onderlinge harmonie en samenwerking streven naar instandhouding en bevordering van de evenwichtssituatie in de gezondheidszorg. De druk waaronder het handhaven van die evenwichtssituatie kan komen te staan, zal nog worden vergroot doordat tegelijk met het bereiken van de grenzen van de verzorgingsstaat de grensverlegging in de medische wetenschap doorgaat.

Die toename van mogelijkheden in de geneeskunde zal nieuwe vragen van onder meer juridische aard oproepen. Dit zal vragen om herbezinning over normen en waarden, om herwaardering van beginselen van rechtsbescherming en rechtvaardige verdeling en dit niet alleen voor ons geslacht, maar ook voor toekomstige generaties. Dat bij een groei van medische mogelijkheden gelijktijdig sprake zal zijn van afname van financiële ruimte, zal de behoefte aan nieuwe rechtsnormen doen toenemen.

## **Keuzen**

Het beginsel van rechtvaardige verdeling dat hierbij centraal staat, brengt met zich dat de medische professie niet alléén kan beslissen hoe bijvoorbeeld de nieuwe behandelingsvormen ontwikkeld en verdeeld zullen worden. Niet uitsluitend de wens tot verbetering van de reeds bestaande medische zorg of de wens tot vergroting van de medische-technologische mogelijkheden en de toepassing daarvan zijn daarbij maatgevend. Andere factoren zullen bij de voor een niet onbelangrijk deel door anderen te maken keuzen moeten worden overwogen, zoals het algemeen levensniveau, de kosten versus de baten, de mate waarin de ziekte voorkomt, de mate waarin mensen profijt kunnen hebben van de nieuwe ontwikkelingen (zowel kwalitatief als

kwantitatief), de vraag naar wat fundamentele behoeften zijn in de gezondheidszorg, wat nog aan waarde kan worden toegevoegd aan reeds bestaande mogelijkheden (toegevoegde meerwaarde) e.d.<sup>14</sup> Ook dienen eenmaal gemaakte keuzen regelmatig geëvalueerd te worden; gestelde prioriteiten dienen regelmatig te worden getoetst. Naast deze vraagstukken van prioriteiten op macro-niveau waarbij de jurist een bijdrage kan leveren door het aanreiken van op macro-niveau te hanteren normen en criteria, komt het selectievraagstuk op micro-niveau meer en meer aan de orde. Ook hier zal de jurist de samenleving, de patiënt en de arts bijstaan om te komen tot een zo rechtvaardig mogelijke verdeling door het ontwikkelen van normen en procedures.\*

Tegelijk met de toename van de potentiële voordelen van vernieuwing in de geneeskunde zullen ook de potentiële risico's toenemen. Hierdoor dreigt de evenwichtige verhouding tussen enerzijds de groei van de technische mogelijkheden in de gezondheidszorg en anderzijds de daardoor aan die gezondheidszorg toegevoegde waarde verstoord te raken. De huidige tendens te komen tot – veelal kleine – subspecialisaties houdt ook de nodige risico's in, zowel voor de arts, die hierdoor te eng georiënteerd kan raken, als voor de patiënt, die kan worden blootgesteld aan een in verhouding te veel aan onderzoeken. V.d. Meer<sup>16</sup> merkte begin dit jaar op, dat naarmate het diagnostisch proces verder voortschrijdt, de kosten in tijd en geld stijgen zonder dat altijd duidelijk is wat de baten voor de patiënt zijn. Leenen<sup>17</sup> heeft er op gewezen dat meer medische behandelingen niet zonder meer in het belang van de patiënt zijn.

Van Es<sup>18</sup> vroeg aandacht voor de vicieuze cirkel waarin we dreigen terecht te komen doordat veel van de door de geneeskunde opgeloste problemen nieuwe problemen zullen creëren, die het gevolg zijn van op genezing gerichte hulpverlening.\*\*

Aan de andere kant kunnen nieuwe ziekten optreden, waar ons resistentiesysteem niet meer op is ingesteld, en waar de medische wetenschap nog geen antwoord op heeft. Denk bijvoorbeeld aan het Acquired Immune Deficiency Syndrome (AID). Ook kan het leven van pasgeborenen nadelig beïnvloed zijn door verschillende factoren, waaronder iatrogene, zo zelfs, dat de medische professie zich geplaatst kan zien voor de keuze tussen instandhouding van nieuw leven door medisch gezien zinloze behandeling en beslissing tot niet behandelen.

- \* De Vereniging voor Gezondheidsrecht heeft in een studie naar selectiecriteria op micro-niveau een aanzet gegeven voor de ontwikkeling van theorievorming op dit terrein.<sup>15</sup>
- \*\* Leenen<sup>17</sup> verwijst onder andere naar Amerikaanse studies, waaruit blijkt dat op een bepaald punt nieuwe medische handelingen niet meer toevoegen aan de gezondheid van de patiënt. Alsdan doorgaan met diagnostische en therapeutische handelingen kan schadelijk zijn voor de patiënt en zelfs leiden tot het ontstaan van iatrogene ziekten. Zo ook Van Es, die een wanverhouding constateert tussen het kunnen van de medische wetenschap en het tekort schieten van de werkelijke hulpverlening.

## Kwetsbaarheid van de patiënt

De patiënt is door de verbreding en intensivering van onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden kwetsbaarder geworden en voelt zich tegelijk bedreigd door nieuwe ziekten. Dergelijke ontwikkelingen zullen de individuele arts-patiënt relatie beïnvloeden. Het wordt dan van des te groter belang het handelen van de arts te toetsen aan normen en regels, die door het recht moeten worden aangedragen. Deze toetsing tast niet, zoals weleens uit de medische professie naar voren wordt gebracht, de professionele autonomie van de arts aan en beperkt evenmin op onrechtvaardige wijze zijn mogelijkheid tot (be)handelen.<sup>19a en b</sup> Veeleer zal door het formuleren van criteria het bij te nemen beslissingen hanteren van oneigenlijke en onzuivere argumenten kunnen worden tegengegaan, zodat rechtvaardige beslissingen kunnen worden genomen.

Met name ook de sociale en psychische factoren vragen in dit verband bijzondere aandacht. Deze liggen vaak op het terrein van het functioneren van de mens in de maatschappij. Omstandigheden als stress, werkloosheid, onzekerheid over toekomstig bestaan, culturele veranderingen in leefpatroon e.d. gaan gepaard met een toename van vraag naar psychosociale en psychiatrische hulp. Deze problemen kunnen niet worden opgelost met uitsluitend medische maatregelen en evenmin door alleen psychiatrische en psychotherapeutische voorzieningen.

Voorts is het door de reeds genoemde toename van techniek en kennis weliswaar mogelijk geworden levens te verlengen, maar dit kan tevens inhouden dat niet alle problemen opgelost kunnen worden, zodat men soms levenslang is aangewezen op het institutionele zorgsysteem. Dit geldt voor geestelijk of lichamelijk gehandicapten, verpleeghuispatiënten, alsook voor sommige psychiatrische patiënten.

In dergelijke situaties bevindt de arts zich niet meer in de enkele arts-patiënt relatie, maar moet hij, evenals de patiënt, rekening houden met het instituutstelsel, dat wordt beheerst door eigen regels. Speciale aandacht is nodig voor de rechtspositie van de patiënt, geplaatst in een door de institutionalisering extra afhankelijke positie, waarbij inbreuk op essentiële grondrechten dreigt. De jurist heeft hierbij een speciale beschermende rol te vervullen zowel ten aanzien van de arts, door hem te behoeden voor te gemakkelijke beslissingen, alsook ter bescherming van de patiënt, die recht heeft op eigen wilsbeschikking, op eigen oordeel omtrent leven en dood.

In de geestelijke gezondheidszorg doet zich de ongelijkheid in de positie van de patiënt ten opzichte van het behandelingssysteem soms nog sterker dan in de somatische gezondheidszorg voor. Van de factoren die de evenwichtssituatie patiënt-behandelaar (c.q. behandelingssysteem) in de geestelijke gezondheidszorg negatief kunnen beïnvloeden, kunnen onder andere genoemd worden: geestelijke afhankelijkheid van de patiënt, het altijd sluimerend aanwezige element van dwang, manipulatie ten gevolge van misbruik van machtspositie, de soms destructieve processen in therapeutische groepen.

Het is het doel van de geestelijke gezondheidszorg zo snel mogelijk de patiënt in een



situatie te brengen dat hij weer over zijn eigen wil kan beschikken, dat hij weer over zich zelf kan beslissen. Afweging van middel en doel, in de somatische zorg een wel geaccepteerd, hoewel niet steeds toegepast beginsel, is in de geestelijke gezondheidszorg een niet minder noodzakelijk uitgangspunt.<sup>20</sup> Rechtsregels ter bescherming van de patiënt in een door zijn geestesgesteldheid bijzonder kwetsbare positie, laten al te lang op zich wachten. Zo geldt bijvoorbeeld de Krankzinnigenwet van 1884 nog steeds. Aan het formuleren van voorwaarden waaraan gedragswetenschappelijke experimenten zouden dienen te voldoen, wordt nog niet gewerkt. Wettelijk geregelde waarborgen voor beroepen in de geestelijke gezondheidszorg met het oog op de kwaliteit van de hulpverlening worden evenzeer nog steeds gemist, evenals een wettelijk geregeld tuchtrecht voor deze specifieke sector. Wildgroei in het bos der therapieën kan hierdoor vrijwel onbelemmerd zijn gang gaan.

Rechten die in de gezondheidszorg algemeen aanvaard zijn, gelden ook in de geestelijke gezondheidszorg en kunnen aan hen die in een psychiatrisch instituut zijn opgenomen, ongeacht of institutionalisering het gevolg is van een rechterlijke uitspraak of niet, niet worden onttrokken.

## **De medische en juridische meesters**

Na deze uitweiding over de bevorderingsstaat, de te maken keuzes en de positie van patiënten keer ik terug naar het thema van de medische en juridische meesters, die men aan hun beperkingen kent.

De medische meesters maken het, zoals ik reeds opmerkte, mogelijk in te grijpen in de mens en diens nageslacht, waarop de juridische meesters moeten inspelen door onder andere het uitwerken van bestaande regels en door het ontwikkelen van nieuwe juridische concepten.

Ik zal ter illustratie enkele voorbeelden noemen van ontwikkelingen in de gezondheidszorg die consequenties hebben voor het gezondheidsniveau van toekomstige generaties.

Huidige mogelijkheden op het gebied van prenatale diagnostiek en therapie en de toepassing van recombinant-DNA techniek zijn van onmiskenbare waarde. Fundamenteel genetisch onderzoek heeft tot grote kennistoename geleid.

Kunstmatige bevruchtingstechnieken behoren tot de reële mogelijkheden. Reeds nu ontlokken deze ontwikkelingen discussies van met name ethische en juridische aard. Zo doet het gebruik van buitenbaarmoederlijk bevruchte embryo's vragen rijzen ten aanzien van onderwerpen als wie is de ouder, aan wie behoort de bevruchte cel, wie is aansprakelijk bij niet uitgekomen verwachtingen?<sup>21a en b</sup> Ook het gebruik van ingevroren embryo's voor voortplantings- en onderzoeksdoelinden heeft tot bezorgdheid aanleiding gegeven.<sup>22</sup> De vraag naar het toelaatbare in relatie tot het te

bereiken doel ('the experiment should be such as to yield fruitful results for the good of society,...; Neurenberg code 1947) staat hierbij centraal.\*

Te verwachten valt dat het proces van nieuwe ontwikkelingen zich zal voortzetten en dat ook de praktische toepassingsmogelijkheden zullen toenemen.

Uitbreiding van mogelijkheden van prenatale diagnostiek, vergroting van de zekerheidsgraad bij het vaststellen van geslachtsgebonden erfelijke stofwisselingsziekten bij de vrucht, voortplantingsalternatieven, gebruik van embryo's – gekweekt in laboratoria – voor levering van organen en weefsels, komen als nieuwe ontwikkelingen in zicht.

Tegelijkertijd echter lijken mogelijkheden als genetische screening op positieve eigenschappen bij aanstellingskeuringen, selectie van nageslacht op (vermeend positieve) eigenschappen (sex, ras, etnisch verbonden patronen), toepassing van gen-verandering bij mensen gericht op het nageslacht, in het vizier te komen. Parallel aan deze potentiële ontwikkelingen ontstaat de (theoretische) mogelijkheid van overheidsingrijpen, op titel van verantwoordelijkheid van de overheid voor een gezond nageslacht.\*\* Men denke bijvoorbeeld aan het aanleggen van een genetisch registratiesysteem van de bevolking en het daaraan onder andere verbonden binnendringen in de persoonlijke levenssfeer, aan het stellen van regels ten aanzien van procreatie bij te verwachten overdracht van erfelijke afwijkingen e.d.

Fletcher<sup>23</sup> gaat zelfs zover te suggereren dat wij het tot onze plicht ten opzichte van de ongeboorene zouden dienen te rekenen, gelet op onze genetische kennis, een minimum standaard voor kwaliteit van gezondheid en leven te stellen.\*\*\* De mogelijkheid van het stellen van wettelijke regels ten aanzien van procreatie wil hij zelfs in bepaalde omstandigheden niet uitsluiten, zich daarbij onder andere beroepend op enkele Amerikaanse rechterlijke uitspraken, waarin het recht het leven met een gezonde geest en een gezond lichaam te beginnen wordt erkend en het recht op procreatie niet als een grondrecht wordt gezien.\*\*\*\* In dit verband wordt door Fletcher tevens verwezen naar de drie gronden, waarop sociale controle en regelgeving ten aanzien van genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering gebaseerd zouden kunnen zijn, zoals deze zijn geformuleerd door Welz en Thigpen in 1973, te weten, bescherming van volksgezondheid en welzijn, bevordering van juiste verdeling van economische mid-

\* Onder andere de Britse Medical Research Council heeft richtlijnen opgesteld met betrekking tot onderzoek in relatie tot menselijke bevruchting en embryologie (*British Medical Journal*, Vol. 235, 20 november 1982). Ook de 'World Association of Children's Friend's' heeft een verklaring opgesteld met betrekking tot medische experimenten op menselijke embryo's en foetussen (*TVGR* 83/3, 145-146).

\*\* Het voorkomen van de noodzaak van instandhouding van kostbare zorgvoorzieningen kan hierbij eveneens een argument zijn.

\*\*\* Fletcher maakt hierbij een vergelijking met bepaalde vormen van wetgeving inzake huwelijk en besmettelijke ziekten. Leenen<sup>24</sup> wijst terecht op het verschil in karakter tussen deze vormen van regelgeving en die inzake het recht op procreatie.

\*\*\*\* In Amerika zijn reeds rechtszaken bekend, waarbij artsen en ouder(s) civielrechtelijk worden aangesproken voor de geboorte van gehandicapte kinderen (zgn. 'wrongful-birth-and wrongful-life-cases').<sup>25a en b</sup>

delen, vermindering van menselijk lijden. In navolging van Leenen<sup>24</sup> bepleit ik echter de grootste terughoudendheid van de kant van de overheid bij het maken van inbreuken op het zelfbeschikkingsrecht van de mens.

Tot op heden wordt vrij algemeen onderschreven dat het treffen van vrijwillige preventieve maatregelen de geëigende vorm is het overdragen van genetische ziekten en afwijkingen te beperken.\* Toch ligt ook hierbij een sluimerende mogelijkheid voor indirecte drang op aanstaande ouders.\*\* Wij moeten ons er van bewust zijn, dat anderen medische wetenschap en kennis zouden kunnen hanteren als machtsinstrument of zelfs als middel voor politieke manipulatie. Ook dienen wij ons te realiseren, dat negatieve consequenties voor het nageslacht kunnen voortvloeien uit (heden-daagse) toepassing van medische wetenschap.<sup>27</sup> Bezinning van juristen, samen met artsen, op deze uit de voortgang van de medische wetenschap en techniek voortvloeiende problemen en op de eventuele noodzaak tot ontwikkeling van een juridisch instrumentarium in dit verband is een eerste vereiste.<sup>28</sup> Daarbij moeten de positieve en negatieve aspecten tegenover elkaar worden afgewogen en dienen de nodige rechtswaarborgen te worden gecreëerd, met name ook om het zelfbeschikkingsrecht van de mens niet aan te tasten.

De opperste rechter van het hoog gerechtshof van de Verenigde Staten (Warren Burger) heeft gezegd<sup>29</sup>: 'De eerste functie van het recht is het beschermen van grondwaarden van de mens, soms zelfs ten nadele van de wetenschappelijke vooruitgang.' Maar ook moet anderzijds het recht in positieve zin bijdragen door wetenschappelijke ontwikkelingen, die ten goede komen aan mens en samenleving, te reguleren. De geneeskunde stelt vast wat medisch-technisch mogelijk is; de geneeskunde geeft geen antwoord op vragen als of wat medisch mogelijk is ook technisch en juridisch juist is; of en zo ja wanneer toepassing van medisch kunnen geoorloofd is. Voor beantwoording van dergelijke vragen staat onder andere het recht ten dienste.<sup>30</sup> De jurist zal daarbij niet zonder de arts kunnen, de arts niet zonder jurist.

## Samenspraak

Voorwaarde om dit te kunnen verwezenlijken is een regelmatig contact tussen artsen en juristen\*\*\* op verschillende niveaus (lokaal, regionaal en landelijk) en in verschillende kaders (zowel praktijkgericht als bij de wetenschapsbeoefening).

- \* De Maryland Commissie (Verenigde Staten) inzake erfelijke afwijkingen<sup>26</sup> heeft onder andere bepaald, dat het weliswaar aanvaardbaar is regels te stellen ten aanzien van opsporing en beheersing van erfelijk overdraagbare afwijkingen, maar deze dienen te voldoen aan bepaalde stringente voorwaarden, waaronder de aanwezigheid van voorlichtings- en begeleidingsvoorzieningen, die niet bindend mogen zijn en evenmin beperkingen mogen opleggen ten aanzien van het krijgen van kinderen.
- \*\* Drang kan uitgaan van hen die betrokken zijn bij de erfelijkheidsadvisering. Ook is het niet ondenkbaar dat indien aanstaande ouders besluiten het risico van een gehandicapt kind op zich te nemen, besloten wordt tot het vragen van bijvoorbeeld een hoge eigen bijdrage ten behoeve van de verzorging van de gehandicapt geboren.
- \*\*\* Gezien de aangebrachte beperking tot arts-jurist zijn ethici, welke hier evenzeer bij te betrekken zijn, niet afzonderlijk in de onderhavige beschouwing betrokken.

Ook is contact nodig tussen de regionale inspecties voor de (geestelijke) gezondheidszorg en gezondheidsjuristen, alsook op landelijk niveau tussen het Staatstoezicht voor de Volksgezondheid en gezondheidsjuristen. In het kader van de Vereniging voor Gezondheidsrecht is overigens reeds een verbinding tussen de medische en juridische professie tot stand gekomen. Dit is ook het geval in de beraadsgroep gezondheids-ethiek van de Gezondheidsraad, waar ook ethici zitting in hebben. Overwogen zou kunnen worden de positie van deze beraadsgroep verder te versterken en te structureren. Vragen, die voortvloeien uit de steeds verdergaande en daardoor steeds dieper in het menszijn ingrijpende medische wetenschap en de toepassing daarvan, alsmede vragen met betrekking tot de grenzen van de gezondheidszorg dienen tot de permanente aandachtsvelden van de Gezondheidsraad te behoren. Een adviserende en initiërende taakstelling van de beraadsgroep zou het werk van de (commissies van de) Gezondheidsraad positief kunnen beïnvloeden. Afweging tussen de nieuwe ontwikkelingen in de medische wetenschap en de toepassing daarvan in de gezondheidszorg enerzijds en de juridische aspecten daarvan, inclusief de consequenties voor toekomstige generaties, anderzijds, kan niet te vroeg plaatsvinden. Deze thematiek leent zich bij uitstek voor bestudering door de Gezondheidsraad. In dit verband acht ik het evenzeer gewenst om in de in het begin van dit jaar door de Staatssecretaris van Volksgezondheid ingestelde commissie met als opdracht het ontwikkelen van toekomstscenario's voor de gezondheidszorg<sup>31</sup> een jurist op te nemen. Juridische implicaties van voor de gezondheidszorg uitermate belangrijke beslissingen op het terrein van de grenzen van de zorg in relatie tot toekomstige ontwikkelingen, veranderingen en vernieuwingen dienen immers bij voorkeur niet achteraf, maar tegelijkertijd onder ogen te worden gezien.

## **Universitaire gezondheidsrechtelijke voorzieningen**

Ik ben mij er van bewust vele aspecten van het gezondheidsrecht en van de relatie van dat recht tot de geneeskunde buiten beschouwing te hebben gelaten.

Ik ben voorts niet ingegaan op de noodzakelijke samenwerking tussen de juridische en andere disciplines dan de medische. Mijn stelling, dat het noodzakelijk is dat arts en jurist begrip voor elkaar hebben en met elkaar samenwerken ter bereiking van het gemeenschappelijk doel, geldt ook voor andere disciplines werkzaam in of betrokken bij de gezondheidszorg. Ik denk hierbij niet alleen aan paramedici, verpleegkundigen e.d., maar ook aan economen, sociologen, ethici, psychologen en anderen.

Ik heb met name aandacht gevraagd voor de relatie tussen de medische en juridische wetenschap omdat juridische problemen in de gezondheidszorg meer en meer zullen ontstaan door steeds verdergaand medisch wetenschappelijk onderzoek en de maatschappelijke toepassing daarvan.

Het behoud van de evenwichtssituatie tussen de twee grondrechten waarop onze gezondheidszorg stoelt (het zelfbeschikkingsrecht van de mens en het recht op gezond-

heidszorg) in een periode waarin zich de ontwikkelingen voordoen van de overgang van de 'verzorgingsstaat' naar de 'bevorderingsstaat' enerzijds en de voortgang van grensverleggende medische kennis en kunde anderzijds vraagt een extra inspanning van het duo arts-jurist. Daartoe is onontbeerlijk de verdere uitbouw, onderbouwing en verdieping van universitair wetenschappelijk onderzoek en onderwijs onder andere aan medische studenten op het terrein van het gezondheidsrecht, waarbij aan alle relevante factoren aandacht kan worden besteed.<sup>32</sup> Voorkomen moet daarom worden dat de ontwikkeling van het zich nog in het ontluikingsstadium bevindende universitaire gezondheidsrechtelijke potentieel uit hoofde van op korte termijnvisie gebaseerde bezuinigingsmaatregelen wordt geremd. De gezondheidsrechtelijke loot, welke sinds 1970 vanuit Amsterdam aan de universitaire stam tot groei is gebracht moet tot volle bloei kunnen komen, zowel landelijk gezien, als hier aan de Rijksuniversiteit te Maastricht.

Het ontwikkelen van nieuwe concepten en methodieken, het voorkomen van een achterstand in ontwikkeling, ook internationaal gezien, garanties dat het volledige gezondheidsrechtelijke terrein kan worden bestreken en verzekering van continuïteit zijn daarbij van groot belang. Wil voorts worden voorkomen, dat aan de toenemende vraag naar onderwijs en onderzoek vanuit medische en juridische kringen niet meer kan worden voldaan en dat het groeiende beroep op gezondheidsrechtelijke deskundigheid vanuit internationale kaders onbeantwoord blijft, dan zal de overheid in het kader van de prioritaire rangschikking van universitaire voorzieningen uit hoofde van kwaliteit en maatschappelijke relevantie het gezondheidsrecht op het prioritaire deel van de universitaire voorzieningenlijst dienen te plaatsen.<sup>33</sup>

Wat betreft de universiteit hier ter stede: De Algemene Faculteit heeft voor het gezondheidsrecht reeds een plaats ingeruimd in het curriculum. De Medische Faculteit, die het initiatief heeft genomen tot het creëren van een leerstoel gezondheidsrecht, is minder zover. Mede in verband met de specifieke oriëntatie van de medische opleiding alhier zal ook deze Faculteit ruime aandacht aan gezondheidsrechtelijke problemen en vraagstukken dienen te geven, als essentieel onderdeel van de opleiding. Ook voor onderzoek dienen de nodige mogelijkheden te worden geboden. Gezien het feit, dat het gezondheidsrecht als horizontale discipline en als juridisch en juridisch-maatschappelijk thema zich beweegt over het gehele terrein van het recht, zou het de Juridische Faculteit evenmin niet misstaan het gezondheidsrecht niet alleen fysieke ruimte, maar ook onderwijs en onderzoeksgerichte mogelijkheden te geven.<sup>34</sup>

## Slotbeschouwing

Tot slot rest mij een woord van dank uit te spreken aan Hare Majesteit de Koningin, die tot mijn benoeming aan deze universiteit heeft besloten en aan allen aan deze universiteit die aan mijn benoeming hebben bijgedragen. Ik zal mij voor de realise-

ring en ontplooiing van het gezondheidsrecht aan deze universiteit inzetten en ik vertrouw op medewerking van allen aan deze universiteit, studenten, wetenschappelijke medewerkers, collegae hoogleraren, te kunnen rekenen, zodat wij met onze capaciteitsgroep kunnen beantwoorden aan het beoogde doel.

## Literatuurverwijzingen

1. Leenen, H.J.J., *Rechten van mensen in de gezondheidszorg*. Samsom, Alphen aan den Rijn, 1978, p. 24 – 28.
2. Leenen, H.J.J., De grenzen van de gezondheidszorg. *T. Soc. Gezhsz.* 1983/11, p. 370 – 373.
3. Kortbeek, L.H.Th.S., Aard en doel van het geneeskundig handelen. In: *Recent medisch-ethisch denken I*. Stafleu, Leiden, 1968, p. 37.
4. Zie noot 3; p. 25.
5. Newton, R.H., *The concept of the right ordering, a philosophical exploration*; ed. by Stuart F. Spicker e.a. *Philosophy and medicine*, vol. 9. D. Reidel publishing Company, Dordrecht (Holland); Boston (U.S.A.); London (England), 1981, p. 260 – 262.
6. Godefroi, L.S., *Het Ziekenfondswezen in Nederland*. Martinus Nijhoff, 's-Gravenhage, 1963, p. 47.
7. Leenen, H.J.J., *Structuur en functioneren van de gezondheidszorg*. Samsom, Alphen aan den Rijn, 1981, hfst. VII.
8. Mijn, W. v.d., Beroepenwetgeving in de gezondheidszorg. *Medisch recht* 6. Kluwer, Deventer, 1982, p. 20 – 23.
9. Roscam Abbing, H.D.C., Rechten van patiënten. *Tijd. Soc. Gezhsz.* 1983/2, p. 41.
10. Roscam Abbing, H.D.C., Zelfbeschikkingsrecht en recht op integriteit van het menselijk lichaam: enkele kanttekeningen. *Acta Hospitalia* 1983/2, p. 11 – 12.
11. Werkgroep deregulering Rijksuniversiteit Leiden, *Een geregeld verloop*. Leiden, maart 1983, p. 21 – 22.
12. Erkelens, A.W., *Agere Volentem*. Utrecht, 1983, p. 13.
13. Hirsch Ballin, E.M.H., De mens in de sociale rechtsstaat. In: *Overheidsbemoenienis*. Kluwer, Deventer, 1982, p. 21 – 33.
14. Beauchamp, T.L. en J.F. Childress, *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, New York, Oxford, 1979, p. 189-192.
15. *TVGR* 82/3, p. 111 – 117.
16. Van der Meer, J., Tachtig internisten per jaar voor de jaren tachtig. *Ned. T. voor Gen.* 12 februari 1983, nr. 7, p. 304.
17. Zie noot 2, p. 372.
18. Es, J.C. van, Grondslagen discussie. *M.C.* nr. 14, 18 april 1983, p. 391.
- 19a. Zie noot 14, p. 136.
- 19b. Brock, D.W., Legal rights and moral responsibilities. In: *The law - medicine relation* (zie noot 5), p. 281.
20. Leenen, H.J.J., *Gezondheidsrecht en recht*. Samsom, Alphen aan den Rijn, 1981, p. 150.
- 21a. Holtzman, N.A., Public participation in genetic policy making. In: *Genetics and the law II*; ed. by Aubrey Milunski e.a. Plenum Press, New York, London, 1980, p. 247 – 255.
- 21b. Dixon, B., Reageerbuis-baby experimenten. *Para Medica*, december 1982, p. 24 – 25.
22. Kuitert, H.M., Experimenten met embryo's. *M.C.* nr. 15, 15 april 1983, p. 433 – 435.
23. Fletcher, J.H., *Humanhood: Essays in biomedical ethics*. Prometheus Press, Buffalo, 1979, o.a. p. 113, p. 122 – 128.
24. Zie noot 1, p. 68 en 72.
- 25a. Zie noot 23, p. 125.
- 25b. Holder, A.R., Is existence ever an injury? The wrongful life cases. In: *The law – medicine relation* (zie noot 5), p. 225 – 239. Williams, P.C., *Wrongful life: a reply to Angela Holder*; id. p. 240 – 251.
26. Zie noot 21a.

27. Green, R.M., Justice and the claims of future generations. In: *Justice and health care*; ed. by Earl E. Shelp. *Philosophy and Medicine*, vol. 8. D. Reidel Publishing Company; Dordrecht (Holland), Boston (U.S.A.), London (England); 1981, p. 201.
28. Zie noot 10.
29. *Genetics and the law II* (zie noot 21a), Preface, p. IX.
30. Harron, F., J. Burnside, T. Beauchamp, *Health and Human Values*. Yale university press, New Haven, London, 1983, p. 68-69.
31. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Persbericht*, 18a/Vgz, 10 maart 1983.
32. Leenen, H.J.J., Taak van het gezondheidsrecht in de komende periode. *TVGR*, 1981/4, p. 156 - 161.
33. Leenen, H.J.J., De behoefte aan universitaire voorzieningen voor gezondheidsrecht. *TVGR* 1979/3, p. 114 - 116.
34. Verslag themadag over de juridische opleiding. *NJB*, 9 april 1983, p. 478 - 480.

### Overige literatuur

1. *Biomedical ethics and the law*; ed. by James M. Humber and Robert F. Almedes. Plenum Press, New York and London, 1976.
2. Galjaard, H., Erfelijkheidsvoorlichting. Een verontachtzaamd facet in de gezondheidszorg. *MGV* 9/76, p. 443 - 455.
3. Galjaard, H., Erfelijkheidsonderzoek, wat doen we ermee. *Para Medica*, december 1982, p. 22 - 23.
4. Goudsmit, C.J., *Volksgezondheid en recht*. Vermande, 1966.
5. Meads, C.K. and D.J. Meador, The minds of the physician and the lawyer: a comparison. *Alabama Law Review*, vol. 22, nr. 3, 1970, p. 493 - 513.
6. Meer, C. v.d., Arts en jurist: een samenspel van overeenkomsten, verschillen, onzekerheden. *TVGR* 1978/2, p. 42 - 50.
7. Roscam Abbing, P.J., *Toegenomen verantwoordelijkheid. Euthanasie, eugenetiek, moderne biologie*. Callenbach, Nijkerk, 1972.
8. Schenk, W., De jurist, zijn denkwijze en zijn houding tegenover de medicus. *TVGR* 1978/2, p. 51 - 56.
9. Schuyt, C.J.M., *Ongeregelheden. Naar een theorie van wetgeving in de verzorgingsstaat*. Samsom, Alphen aan den Rijn, 1982.